



Secretaría General:

C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha. 28015 Madrid
Tels. 91 544 58 79 – 91 544 80 35 • Fax: 91 544 18 47
e-mail: avpm@oftalmo.com

Formulario para Residentes

....., de de 20.....

Muy Sres. míos:

A continuación les comunico mis datos personales con el fin de pertenecer como **socio residente** a la **Sociedad Española de Glaucoma**. Adjunto mi Certificado Acreditativo de Residente.

| |
|--|
| Apellidos: |
| Nombre: |
| Domicilio: |
| C.P.: Localidad: Provincia: |
| Teléfono: Fax: E-mail: |

| |
|--|
| Año licenciatura: Año especialidad: |
| Centro de trabajo: |
| Dirección: |
| Población: C.P.: Provincia: |

Doy autorización a cargar la cuota anual en mi cuenta corriente una vez finalizada mi residencia, a excepción que informe a la Secretaría General de la SEG, por escrito, de lo contrario.

Datos bancarios (imprescindible):

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Entidad | Oficina | DC | N.º de cuenta |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Presentado por:

1.º

2.º

Remitir este Boletín a:

Sociedad Española de Glaucoma
C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha. - 28015 MADRID

A CUMPLIMENTAR POR LA SECRETARÍA GENERAL

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| SOCIO NUMERARIO | <input type="checkbox"/> |
| SOCIO NO NUMERARIO ASOCIADO | <input type="checkbox"/> |
| SOCIO RESIDENTE | <input type="checkbox"/> |
| SOCIO HONORARIO | <input type="checkbox"/> |
| SOCIO PROTECTOR | <input type="checkbox"/> |
| SOCIO CORRESPONSAL | <input type="checkbox"/> |
| SOCIO DE MÉRITO | <input type="checkbox"/> |